

# گزارش یک مورد تظاهر غیرمعمول سل جلدی

## چکیده

مقدمه: با توجه به ظهور مجدد سل در جهان، سل جلدی نیز از مشکلات تشخیصی و بالینی باقی مانده است. لوپوس ولگاریس، شایع ترین نوع سل جلدی می باشد.

معرفی بیمار: بیمار، آقای ۳۵ ساله ای بود که با ضایعات متعدد پوستی در صورت و گردن از سالها پیش مراجعه نموده بود. قبل از مراجعه به این مرکز، در نتیجه درمان های غیرعلمی، نمای بالینی ضایعه تغییر کرده بود. از این رو با تشخیص بالینی پسوریازیس و یا همانژیوما، تحت درمان با لیزر قرار گرفته بود ولی به علت عدم پاسخ بالینی مناسب، از ضایعه بیوپسی بعمل آمد که در برشهای بافتی، گرانولوم های خوب تشکیل شده همراه با سلولهای غول آسای چند هسته ای نوع لانگهانس مشهود بود که در اطراف، ارتشاح قابل توجه لنفوسیتی وجود داشت. با توجه به مکان ضایعه، نمای بافت شناسی و نتیجه مثبت تست توبرکولین، تشخیص لوپوس ولگاریس برای بیمار مطرح شد.

نتیجه گیری: شرح حال این بیمار آشکار می سازد که گاهی نمای بالینی بیماری پوستی به تنهایی برای تشخیص و درمان کافی نیست و انجام بیوپسی و تشخیص آسیب شناختی برای موارد غیرمعمول توصیه می گردد.

کلیدواژه ها: ۱- سل جلدی ۲- لوپوس ولگاریس ۳- ضایعه گرانولوماتوز

\*دکتر ماه جبین تکلیف I

دکتر اکرم السادات حسینی II

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۱/۱، تاریخ پذیرش: ۸۵/۵/۱۱

## مقدمه

۱- به وسیله القاح مستقیم پوست با توبرکلوزس و روکوزاکوتیس (Tuberculosis Verrucosa Cutis)، که یک ضایعه منفرد به صورت پلاک زگیلی شکل با لبه های التهابی و توسعه تدریجی محیطی در فردی که قبلاً با باسیل سل برخورد داشته است، می باشد.

مکان های شایع آن، دست ها و در کودکان، زانوها، باسن و ران می باشد. نمای آسیب شناسی شامل گرانولوم با مقادیر متوسطی از نکروز می باشد. باسیل در این ضایعه فراوان تر از لوپوس ولگاریس می باشد.<sup>(۱)</sup>

بیماری سل به علت مجموعه ای از عوامل، شامل مهاجرت به کشورهای اندمیک، همه گیری جهانی HIV (Human immunodeficiency virus) و فقر، مجدداً شیوع یافته است. در نتیجه سل جلدی به عنوان یک مشکل تشخیصی و بالینی باقی مانده است.<sup>(۱)</sup> در کشورهای در حال توسعه، علی رغم اقدامات پیشگیری، هنوز سل، اندمیک می باشد و سل خارج ریوی ۱۰٪ از موارد را تشکیل می دهد.<sup>(۲)</sup>

عفونت پوست و زیر جلد به وسیله مایکوباکتریوم توبرکلوزیس از سه منشأ ایجاد می شود:

I) استادیار و متخصص آسیب شناسی، بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س)، خیابان یوسف آباد، خیابان بیست و یکم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران (\* مؤلف مسؤول).

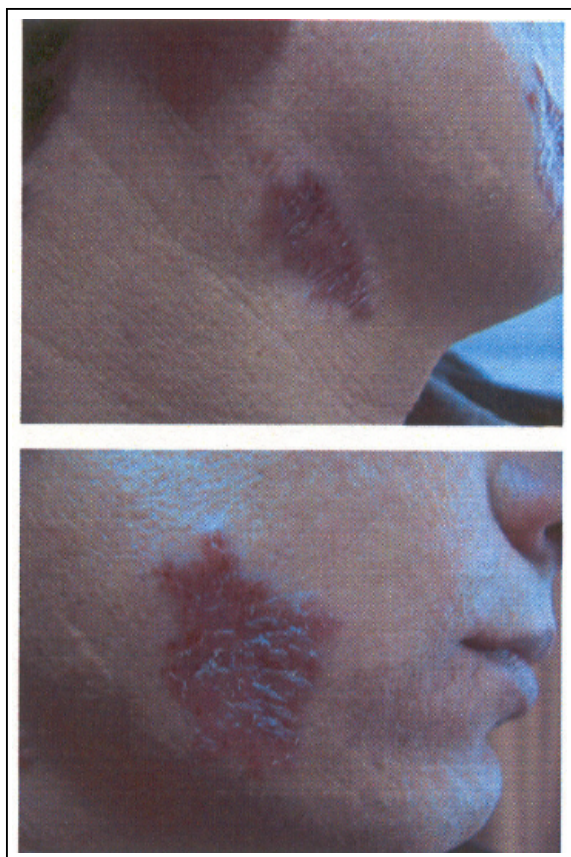
II) دستیار آسیب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

معمولاً سارکوییدوز، واکنش لنفوسیتی کمی در اطراف گرانولوم دارد.<sup>(۱)</sup> در صورت وجود نکروز در سارکوییدوز، از نوع فیبرینوئید است تا کازئوز. جستجو برای باسیل اسیدفاست با رنگ آمیزی زیل - نلسون کمک کننده است.<sup>(۱)</sup>

### معرفی بیمار

بیمار آقای ۳۵ ساله‌ای بود که از سالها قبل دچار ضایعات پلاک مانند قرمز رنگ به هم چسبیده در صورت و گردن شده بود. این ضایعات پوسته‌ریزی داشتند که پس از دستکاری‌های متعدد غیر پزشکی، به پزشک متخصص پوست مراجعه کرده بود.

با توجه به درمان‌های غیر علمی، فرم بالینی ضایعه تغییر کرده و با تشخیص پسوریازیس یا همانژیوما به مرکز لیزر برای درمان معرفی شده بود (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱- ضایعات اریتماتو، با حدود مشخص و پوسته‌ریزی دهنده در صورت و گردن بیمار

۲- به وسیله ارتشاح هماتوزن از یک ضایعه داخلی مانند لوپوس ولگاریس و سل میلیاری.

۳- از طریق انتشار مستقیم از یک غده لنفاوی درگیر به نام اسکروفلودرما (Scrofuloderma)، این ضایعه ناشی از گسترش مستقیم یک عفونت سلی به پوست مجاور می‌باشد (بیشتر از عقده لنفاوی یا استخوان درگیر مجاور).

ضایعه به صورت یک تورم بدون درد آبی - قرمز بروز می‌کند که سرباز می‌کند و یک زخم با لبه‌های نامنظم و آبی ایجاد می‌شود. تعداد باسیل برای تشخیص در مقطع آسیب‌شناسی کافی است.<sup>(۱)</sup>

هر چند این ضایعات تعریف شده‌اند ولی در طب بالینی، بسیاری از موارد را نمی‌توان کاملاً با هر کدام از گروه‌های آسیب‌شناختی فوق تطابق داد.<sup>(۱)</sup>

لوپوس ولگاریس، شایع‌ترین نوع سل جلدی و ناشی از فعالیت مجدد سل ثانویه است.<sup>(۳)</sup> این ضایعه که معمولاً در صورت و گردن مشاهده می‌شود، شامل یک یا چند لکه قهوه‌ای - قرمز با حدود واضح و شامل ندول‌های عمقی با قطر یک میلیمتر می‌باشد. با دیاسکوپي دستی که با فشار دادن لبه لام روی ضایعه انجام می‌شود. ندول‌ها به صورت ماکول‌های زردرنگ دیده می‌شوند.<sup>(۴)</sup>

گاه‌ها زخم سطحی یا ضخیم شدن زگیلی شکل پوست وجود دارد. در موارد نادر کارسینوم سلول سنگفرشی در لبه‌های زخم ایجاد می‌شود. نمای آسیب‌شناسی آن گرانولوم توبرکلوئید می‌باشد. نکروز در توبرکل‌ها، خفیف است یا وجود ندارد.<sup>(۱و ۵)</sup>

تعداد باسیل اسید فاست در این ضایعه آنقدر کم است که بندرت با رنگ آمیزی زیل - نلسون دیده می‌شود.<sup>(۱)</sup> با روش واکنش زنجیره پلی‌مراز (Polymerase chain reaction=PCR) ممکن است باسیل سل قابل تشخیص باشد.<sup>(۴)</sup>

تشخیص‌های افتراقی شامل سارکوییدوز، عفونت قارچی، لیشمانيازیس، لپر، سیفلیس، واکنش جسم خارجی، گرانولوماتوز و گنگر و رزاسه می‌باشد. برای افتراق این موارد، اطلاعات بالینی و نتیجه تست توبرکلین مهم است.<sup>(۱)</sup>

تست PCR در آزمایشگاه مربوطه ۷۲-۷۳٪ می‌باشد؛ اعلام نتیجه منفی ممکن است کاذب بوده و ناشی از تعداد کم باسیل و یا وجود عوامل مداخله‌گر باشد. (حساسیت تست: ۷۶-۷۹٪؛ ویژگی تست: ۹۲-۸۹٪)

با توجه به نتیجه مثبت تست توبرکولین، بیمار تحت درمان داروهای ضد سل قرار گرفت و ضایعات پوستی بیمار بهبود یافتند.

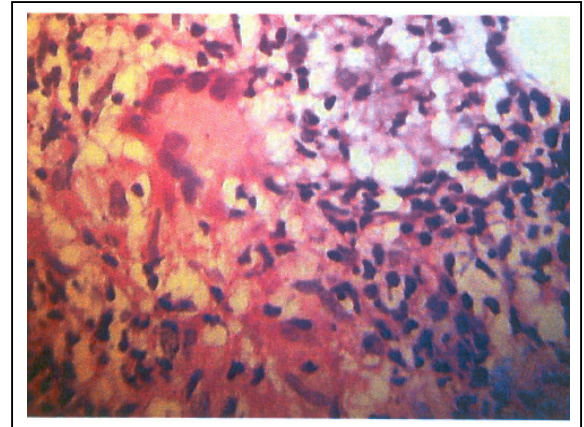
#### بحث

سل جلدی، ۱/۵٪ از تمام موارد سل خارج ریوی را تشکیل می‌دهد. (۲) لوپوس ولگاریس یک فرم پیشرونده سل جلدی است که در افراد با سطح ایمنی متوسط یا بالا رخ می‌دهد. (۳) این ضایعه که بیش‌تر در سر و گردن متمرکز است شامل یک یا چند لکه قهوه‌ای - قرمز با حدود واضح می‌باشد. (۴) موارد نادری از این ضایعه با نمای پوسته‌ریزی دهنده قابل اشتباه با پسوریازیس گزارش شده است. (۳) نمای هیستولوژیک ضایعه، گرانولوم توبرکلویید می‌باشد که نکروز در آنها خفیف است یا وجود ندارد. (۵، ۶) نمای میکروسکوپی لوپوس ولگاریس در تشخیص افتراقی با سایر ضایعات گرانولوماتوز از جمله سارکوئیدوز، عفونت‌های قارچی، لیشمانیوز، لپر و واکنش جسم خارجی قرار می‌گیرد که برای افتراق این موارد، اطلاعات بالینی و نتیجه تست توبرکولین کمک کننده است. (۷، ۸) به علت تعداد کم باسیل اسیدفاست در این ضایعه، رنگ‌آمیزی زیل - نلسون بندرت مثبت می‌شود. (۹)

با توجه به اینکه علی‌رغم اقدامات پیشگیری، هنوز هم سل در کشورهای در حال توسعه اندمیک است، با مشاهده ضایعه گرانولوماتوز پوست باید سل جلدی مدنظر باشد. (۱۰)

در بیمار مورد بحث، به علت ماهیت پوسته‌ریزی دهنده ضایعه، تشخیص بالینی پسوریازیس برای بیمار مطرح شد و درمان بر اساس آن صورت گرفت. نمای هیستولوژیک ضایعه با وجود گرانولوم و سلولهای غول‌آسای چند هسته‌ای نوع لانگهانس، ظن قوی برای سل جلدی را برانگیخت. در رنگ‌آمیزی زیل-نلسون بر روی برشهای بافتی، باسیل اسیدفاست مشاهده نشد ولی به علت تست

پس از درمان با لیزر طی ۴ جلسه و عدم پاسخ بالینی، بیوپسی از بیمار بعمل آمد که در برشهای بافتی، ضایعات گرانولوماتوز خوب تشکیل شده (WellFormed) با واکنش لنفوسیتی قابل ملاحظه در اطراف و سلولهای غول‌آسای چندهسته‌ای نوع لانگهانس مشهود بود. (طبق تعریف در این نوع سلول غول‌آسای چند هسته‌ای، هسته‌ها در حاشیه سیتوپلاسم مرتب شده‌اند ولی کاملاً محیط آن را پر نمی‌کنند) (شکل شماره ۲).



شکل شماره ۲- وجود ارتشاح هیستوسیت‌های اپی‌تلیوئید، لنفوسیت و سلول غول‌آسای نوع لانگهانس در برشهای بافتی از ضایعه پوستی بیمار

در بعضی از برشها، نکروز مرکزی در گرانولوم دیده می‌شود. در رنگ‌آمیزی زیل - نلسون، باسیل اسیدفاست مشاهده نشد.

تست توبرکولین برای بیمار انجام شد که به قطر ۲۰ میلیمتر و مثبت بود. ۹۰٪ افراد با اندوراسیون ۱۰ میلیمتر و تقریباً همه افراد با اندوراسیون بیش از ۱۵ میلیمتر به مایکوباکتریوم توبرکلوزیس آلوده می‌باشند (INFECTED). (۱۱)

گرافی قفسه سینه، شمارش سلولهای خونی و سدیمان خون، طبیعی بودند.

بلوک پارافینه از نمونه ضایعه پوستی بیمار جهت انجام PCR فرستاده شد که نتیجه از نظر وجود باسیل مایکوباکتریوم توبرکلوز، منفی بود. از آنجایی که ارزش پیش‌بینی کنندگی منفی (Negative predictive value) در

توبرکولین مثبت و فقدان درگیری ریوی در گرافی قفسه سینه و نیز مکان ضایعه در سر و گردن، تشخیص سل جلدی و لوپوس ولگاریس برای بیمار تأیید شد.

بیمار تحت درمان با داروهای ضد سل قرار گرفت و پاسخ بالینی مناسب مشاهده گردید. ارزش پیش‌بینی کنندگی منفی (Negative predictive value) در تست PCR در آزمایشگاه مربوطه، ۷۲-۷۳٪ می‌باشد. از این رو نتیجه منفی ممکن است کاذب بوده و ناشی از تعداد کم باسیل و یا وجود عوامل مداخله‌گر باشد.

با توجه به تنوع اشکال بالینی بیماری‌های پوست و نیز تغییر نمای بالینی با دستکاری غیرعلمی، تشخیص ضایعه پوستی تنها بر مبنای یافته‌های بالینی، می‌تواند گمراه کننده باشد و بررسی آسیب‌شناختی ضایعات بخصوص انواع غیرمعمول، توصیه می‌گردد.

#### فهرست منابع

- 1- Sebastian lucas. Bacterial disease. In: David Elder, Rosalie Elenitsas, Bernett Johnson Jr, George F Morphy. LEVERS Histopathology of the skin. 9th ed. Philadelphia: lippincott-Raven; 2005.p. 562-3.
- 2- Mlika RB, Tounsi J Fenniches, Hajlaoui K, Marrak H, Mokhtar I. Childhood cutaneous tuberculosis: A 20 years retrospective study in Tunis. Dermatol online j 2006; 12(3): 11.
- 3- Reich A, Kobierzaycka M, Cislo M, Schwartz RA, Szepietowski JC. Psoriasiform lupus vulgaris with 30 years duration. Scand J Infect dis 2006; 38(6): 556-8.
- 4- Juan Rosai. Rosai and Ackerman's surgical pathology. 9th ed. Philadelphia: mosby; 2004. p. 98-9.
- 5- Serra-Guillen C, Requena C, Alfaro A, Hueso L, Nagore E, Botella Estrada, et al. 50 years case of lupus vulgaris. Actas Dermo Sifiliogr 2005, 96(6): 376-8.
- 6- STACEY Emills, Darryl carter, Joel k Greenson, Harold A Oberman, Victor Reuter, Mark H stoler. Sternbergs diagnostic surgical pathology. 4th ed. Philadelphia: lippincott williams & wilkins; 2004. p. 32.
- 7- David W HAAS. Mycobacterium tuberculosis. In: Gerald L mandell, John E Bennett, Raphael Dalin. Mandell, Douglas and Bennett' principles and practice of infectious disease. 5th ed. Newyork: Living stone; 2000. p. 2583-884.

